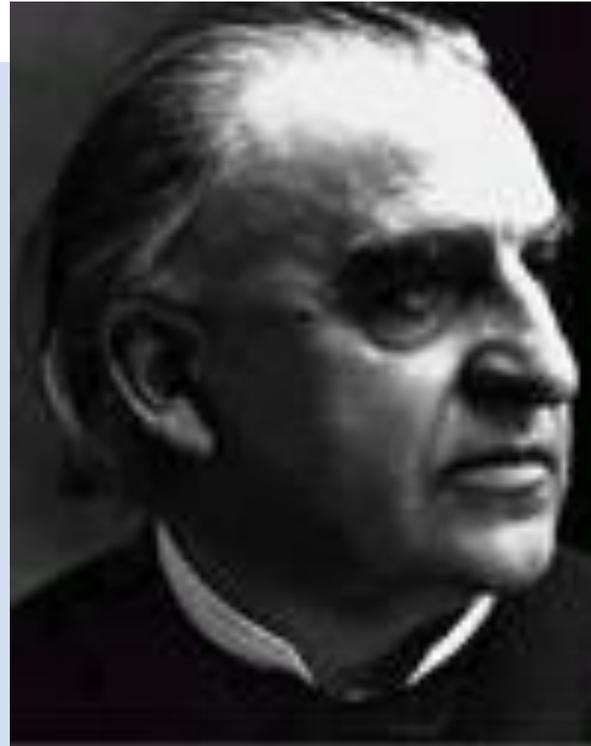


# Altersmedizin im Wandel



## Mit den vier Begriffen

- senile Pathologie
- Lange Erfahrung
- Gewaltiges Wissen
- Besondere Merkmale



**hat Prof. Charcot (Neurologe und Psychiater) 1863 die Notwendigkeit eines eigenständig-autonomen Gebietes in der Medizin verdeutlicht.**

**„Die Bedeutung einer speziellen Lehre der Krankheiten des alten Patienten wird heute, 1890, nicht mehr in Frage gestellt. Die senile Pathologie ist verbunden mit Schwierigkeiten, die nur mittels einer**

- langen Erfahrung und eines
- gewaltigen Wissens mit seinen
- besonderen Merkmalen

**beherrscht werden kann.**

**Und meine Herren, dieser so interessante Teil der Medizin wurde sehr lange vernachlässigt und hat heute, 1890, endlich seine Autonomie erlangt.“**

## **Dr. Ignatius Nascher (Internist, 1863-1944)**

**„Ich möchte vorschlagen, den Begriff „Geriatric“ von Geras, das Alter und iatrikos, der Arzt, unserem Vokabular hinzuzufügen, um den selben Bereich in Bezug auf das Alter abzudecken, den der Begriff „Pädiatrie“ in Bezug auf die Kindheit abdeckt.“**

**Da das Alter, genau wie die Kindheit, ein besonderer Lebensabschnitt ist, sollte es getrennt vom Leben als Erwachsener behandelt werden und einen eigenständigen Bereich der Medizin bilden, die „Geriatric“**

**August 1909, Medical Journal New York**

**Max Bürger forscht in den 30er Jahren in Deutschland zum Alter.**

**Dr. Marjory Warren (England)**

**„Wir brauchen einen höheren Standard in der Pflege der chronisch Kranken und Alten. Die chronisch Kranken sollten in einem speziellen Bereich des Krankenhauses behandelt werden, der entsprechend ausgestattet ist.“**

Lancet 1946, 1. 841-843

Dr. Marjory Warren forderte bereits 1946

- **Ein Geriater muss ein breit gefächert ausgebildeter Arzt sein**
- **Integration in ein Krankenhaus mit Zugang zu allen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen**
- **Untersuchung vor der Aufnahme und Behandlung, bevor Langzeitpflege in Erwägung gezogen wird**



**Anyone can get old –**

**All you have to do is live long enough**

**Groucho Marx (1890-1977)**

Nach Hochrechnungen der Epidemiologen der Yale-Universität kann die Generation der heute 30jährigen mit einer Lebensdauer von durchschnittlich

**99,1 Jahren**

rechnen.

## Alterskrankheiten mit Wachstum bis 2020

Bis 2020 steigt die Zahl der

- Schlaganfälle um 77 %
- Dementielle Syndrome um 74 %
- Diabetes und Folgen 69 %
- Stürze, SHF um 63 %

Für diese Krankheiten ist charakteristisch:

Chronisch progredienter Verlauf

Langzeitpatient

Zunehmende Einschränkung der Mobilität und  
Selbstversorgungsfähigkeit

Pflegebedürftigkeit

Hohe Koinzidenz somatischer Krankheiten mit psychiatrischen  
Begleiterkrankungen

Multimorbidität

## Die vier (5) großen „I“ der Geriatrie

Die Symptomatik vieler Erkrankungen im Alter ist verwaschen und unspezifisch.

Die gemeinsame Endstrecke besteht in:

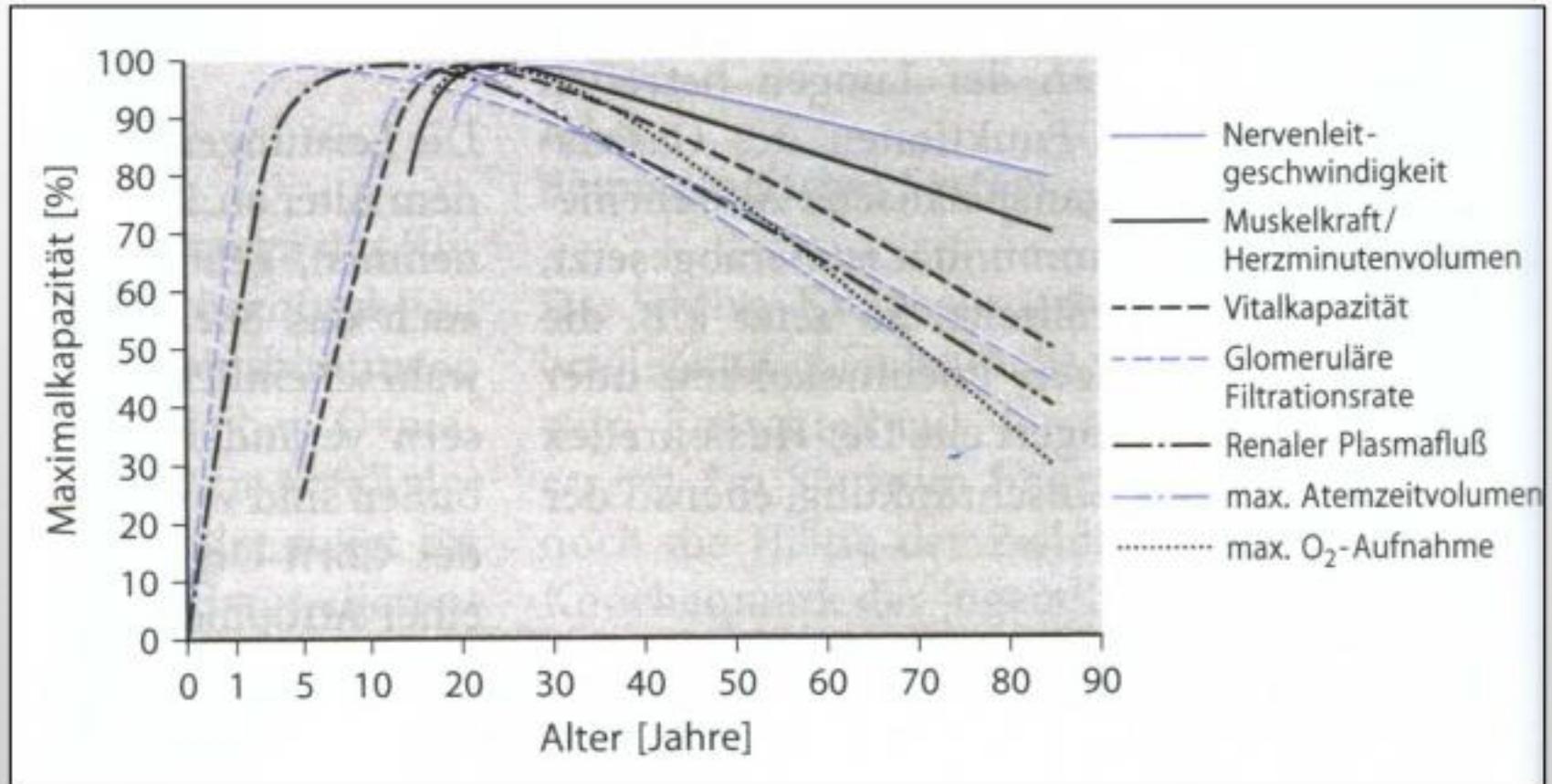
- Instabilität (Sturzgefahr)
- Immobilität
- Intellektueller Veränderung
- Inkontinenz
- Iatrogener Schädigung

## Der geriatrische Patient zeigt

- strukturelle Veränderungen von Organen und Geweben im Alter und hierdurch bedingte funktionelle Veränderungen
- grenzkompenzierte Funktionseinschränkungen mit reduzierten Reservekapazität
- zunehmende Multimorbidität
- auftreten geriatrischer Syndrome
- manifeste oder zumindest drohende Beeinträchtigung der Basisaktivitäten des täglichen Lebens

Der geriatrische Patient ist charakterisiert durch

- die Abnahme seiner Ressourcen
- Verringerte Adaptationsfähigkeit
- Steigende Krankheitsdisposition
  - Multiple Schädigungen (Impairment)
  - Multiple Fähigkeitsstörungen (Disability)
  - Multiple Behinderungen (Handicaps)
- Verzögerte Rekonvaleszenz
- Steigendes Krankheits- und Sterberisiko



## Kompetenz im Alter

**Die Gerontologie unterscheidet vier Kompetenzbereiche:**

- **Körperliche Kompetenz**
- **Alltagspraktische Kompetenz**
- **Psychische Kompetenz**
- **Kognitive Kompetenz**

## Geriatrisches Assessment:

- Multidimensionaler und interdisziplinärer diagnostischer Prozess
- Erfassung der medizinischen, psychosozialen und funktionellen Ressourcen und Problemen
- Entwicklung eines umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplans
- Neben den Methoden der erweiterten Inneren Medizin Einsatz von standardisierten Testverfahren

## Arbeitsweise:

- Im Vordergrund stehende Erkrankung wird nicht isoliert gesehen
- Ganzheitlicher Ansatz mit Blick auf die körperlichen, seelischen und sozialen Ressourcen und Defizite
- Teamarbeit mit Zielkontrolle in wöchentlichen Teamsitzungen
- Gleichwertige Entscheidungskompetenz im Team
- Aktivierende Pflege

## Arbeitsweise:

- Geriatrische Kompetenz in allen Berufsgruppen
- Konstanz der Mitarbeiterstruktur ist Bedingung
- Enge Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen (z.B. Alterstraumatologie)

## Zielsetzung:

- Wiederherstellung und Erhalt größtmöglicher Autonomie und Selbstbestimmtheit
- Aspekte von Gesundheit und Lebensqualität im Alter
- Lebensverlängerung um jeden Preis ist kein Ziel
- Würdevoller Umgang mit Tod und Sterben

## Ergebnisqualität:

- Verbesserte Diagnostik (bis zu 4 neu entdeckte Diagnosen pro Patient), am häufigsten übersehen wurden kognitive und emotionale Störungen, Visuseinschränkungen, Mangelernährung und Harninkontinenz sowie hohes Risiko für funktionellen Abbau
- Günstiger Einfluss auf die Versorgungsform (z.B. mussten 28% weniger Patienten in ein Pflegeheim nach geriatrischer Behandlung)

## Ergebnisqualität:

- Reduktion der Krankenhauswiedereinweisungsrate um 12 %
- Signifikante Besserung des funktionellen Status
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und des emotionalen Status
- Verlängerung der Lebenserwartung als Nebeneffekt
- Rückgang von Medikamentenzahl und –dosis
- Reduktion der Gesundheitskosten

## Zielgruppe:

- Ältere Menschen, die neben akuten und chronischen Erkrankungen ein erhebliches Rehabilitationspotential aufweisen
- Themen wie Multimorbidität, Rehabilitation, senile Demenz und Weiterversorgung sind bei einem Patienten von Bedeutung
- „Von Pflege bedroht“
- Alter allein kein guter Parameter

## Behandlungsindikationen:

- Alle akuten und chronischen internistischen Erkrankungen beim hochbetagten Menschen
- Diagnostik und (Früh-)Rehabilitation beim Schlaganfall bei hochbetagten und multimorbiden Patienten
- dementielle Syndrome
- Ernährungsstörungen
- Rheumatisch und degenerativ bedingte Erkrankungen des Bewegungsapparates

## Behandlungsindikationen:

- Postoperative und posttraumatische Mobilisations- und Trainingstherapie
- Verzögerte Rekonvaleszenz nach Operationen und schweren Allgemeinerkrankungen im Alter
- Palliative Tumorthherapie im Alter

- „Ich habe nichts gegen das Sterben,  
ich will nur nicht dabei sein, wenn es soweit ist.“



## Woody Allen



Besten Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit

Dr. med. Frank Kuczera